

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

2005: 50º ANIVERSARIO DA VACINA SALK E 25º DA CERTIFICACIÓN DA ERRADICACIÓN DA VIRUELA	1
A VACINA DA VARICELA NO CALENDARIO DE VACINACIÓNS INFANTÍS DE GALICIA	2
COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2004	2
COBERTURA VACINAL EN GALICIA: NENOS NADOS EN 2000 E 2001	4
ANEXOS I e III: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 1 A 3/ 2005	anexos I, II e III

2005: 50º ANIVERSARIO DA VACINA SALK E 25º DA CERTIFICACIÓN DA ERRADICACIÓN DA VIRUELA

"Los chicos judíos de Newark estaban allí [en la costa de Jersey] para librarse de la polio. Si estuvieran en casa, rogarían que les dejaran ir a nadar a la piscina del parque de atracciones de Irvington, y en cuanto pagaran y les dieran la entrada cogieran la polio".

Phillip Roth. El Teatro de Sabath¹

A cita de Phillip Roth expresa cal era o estado de ánimo da poboación dos países desenvolvidos nos anos inmediatamente anteriores ao emprego da primeira vacina efectiva fronte á polio, a Salk. Antes de 1900 a polio presentábase en abrochos esporádicos, debido a que os virus infectaban a nenos de menos de 6 meses de idade, e moitos deles aínda estaban protexidos polos anticorpos maternos e neles a exposición ao virus producía inmunidade para toda a vida.

A partir do comezo do século XX, as melloras da hixiene medio ambiental interromperon a vía principal de transmisión da polio (saneamento deficiente e auga contaminada) e, deste xeito, moitos nenos eludían o contacto cos virus nos primeiros meses de vida e permanecían susceptibles a unha infección posterior, cando a ausencia de anticorpos maternos os facía vulnerables á virulencia do virus. Isto traducíuse nun aumento progresivo da frecuencia e intensidade dos abrochos, acompañados de grande alarma social, que se manifestaba no abandono dos lugares públicos, especialmente das piscinas, xa que os abrochos tiñan estacionalidade claramente estival^{2,3}.

Cando Salk principiou a súa procura dunha vacina da polio, a finais da década de 1940 había varios problemas relevantes sen resolver: elixir entre unha vacina de virus vivos (atenuada) ou mortos (inactivada), saber cantos tipos de poliovirus había, e saber tamén como producir masivamente a vacina inactivada. Salk decidiu pola vacina inactivada, e foi o seu propio equipo quen demostrou que só había tres tipos de poliovirus. Finalmente, en 1949 Enders e o seu equipo foron capaces de facer que os polivírus crecesen en cultivos de tecidos non neurais e, deste xeito, posibilitar a produción masiva da vacina³.

En 1952 Salk probou unha vacina en nenos que xa tiveran polio e observou que os anticorpos medraban; despois, probouna en voluntarios, e en todos se observou resposta inmune en ausencia de enfermidade. Despois dun novo ensaio en 1953 no que participaron 500 persoas, o 26 de abril de 1954 principiou o ensaio definitivo; fíxose con placebo (650.000 vacinados e 1'18 millóns con placebo) e a dobre cego. Finalmente, Francis, o director do ensaio, anunciou o 12 de abril de 1955, que "a vacina funciona. É segura, efectiva e potente". Inmediatamente despois, varios fabricantes comezaron a producir grandes cantidades de vacina, e principiou a vacinación⁴.

O incidente Cutter⁵. Case que inmediatamente despois de que comezase a vacinación, o 26 de abril de 1955, notificouse que 5 nenos de California desenvolveran parálise despois de recibir a vacina da polio. En todos os casos a parálise ocorreu no brazo do pinchazo, e a vacina a produciran os laboratorios Cutter. A vacina Cutter foi inmediatamente retirada, mais xa se administraran 380.000 doses, que produciron 51 casos de parálise e 5 mortos. Ademais, a vacina Cutter deu lugar a un pequeno abrocho de polio: 113 contactos dos nenos vacinados, na familia ou da comunidade, desenvolveron parálise, e 5 morreron.

O incidente, que non era novo (xa que dúas vacinas elaboradas durante os anos 1930 causaran varios casos de polio sen producir inmunidade), debeuse a que certos lotes da vacina contían poliovirus vivos e non inactivados, mais os laboratorios Cutter non foron os únicos afectados. Todas as compañías tiñan dificultades para inactivar completamente os polivírus, e outro laboratorio produciu un lote de vacina que paralizou e matou a varios nenos do noroeste dos EE.UU.

Evolución. Aínda que se mellorou a súa seguridade, o emprego xeralizado da vacina Salk durou pouco tempo (por exemplo, en Europa desde 1955 aos primeiros anos da década de 1960⁶) xa que a vacina de virus atenuados de Sabin, que se probou en 1957 e en 1960 xa demostrara ser plenamente eficaz, convertíuse na vacina de elección polo sinxelo da súa administración (orixinalmente por vía oral nun terrón de sucre) e porque inducía inmunidade de máis duración. Esta vacina segue a ser hoxe en día o pilar da iniciativa mundial pola erradicación da polio, aínda que nos países desenvolvidos se estea a recuperar a vacina inactivada para evitar os casos de polio parálitica asociados á vacina oral⁷.

Certificación da erradicación da viruela. En maio de 1980 a 33ª Asemblea Mundial da Saúde (AMS) resolveu aceptar o informe da Comisión Mundial para a Certificación da Erradicación da Viruela, e afirmou a súa creanza de que por vez primeira fora erradicada unha enfermidade de todo o mundo. O último caso natural principiara cos síntomas de viruela a finais de outubro de 1977, en Somalia; e o último caso asociouse a unha infección no laboratorio ocorrida en Inglaterra en setembro de 1978.

A decisión de erradicar a viruela tomouse na AMS de 1959, mais nos primeiros anos, unha vixilancia de pouca calidade e unha vacina que non era óptima, xunto a unha financiación inadecuada, fixeron que se progresase moi a modo. En 1996 decidiuse intensificar o programa, que achegou máis recursos económicos, e levou á erradicación en 10 anos. As súas características describíense brevemente nun BEG anterior⁸.

Curiosamente, a que se vén considerando nos últimos anos como a derradeira fase dun programa de erradicación, a "extinción"⁹, que neste caso suporía a destrución dos virus da viruela que aínda se conservan nun laboratorio de Rusia e outro dos EEUU, acaba de ser aplazada unha vez máis pola AMS celebrada neste ano 2005. O aprazamento débese a que aínda é preciso rematar coa secuenciación do DNA do virus da viruela e desenvolver probas diagnósticas válidas, sensibles e rápidas¹⁰.

¹ Editorial Alfaguara, 1997; en tradución de Jordi Filba.

² Nathanson N, Martin R. *Am J Epidemiol* 1979; 110: 672-92.

³ Mitka M. *JAMA* 2005; 293: 1581-3.

⁴ Makel H. *N Engl J Med* 2005; 352: 1408-10.

⁵ Offit PA. *N Engl J Med* 2005; 352: 1411-2.

⁶ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVI, nº 2.

⁷ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVI, nº 5.

⁸ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. X, nº 2.

⁹ Dowdle, Hopkins. *DAHLEN KONFERENCE* 1997. Wiley, 1998.

¹⁰ WHO. *Report by secretariat* 2005: A58/10.

NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es>)

- Área de traballo: Ambiental [Onda de calor]: Programa de actuacións 2005.
- Área de traballo: Transmisibles [Sida]: "A infección polo VIH e a SIDA, previr é posible, de nós depende".
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [tabaco]: Materiais do Día mundial sen tabaco 2005.
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [Cancro de mama]: Datas de actuación por concellos (actualización).

A VACINA DA VARICELA NO CALENDARIO DE VACINACIÓN INFANTÍL DE GALICIA

O 15 de xuño de 2005 entrou en vigor a actualización do Calendario de vacinación infantil do Programa Galego de Vacinación (*vid.* Resolución do 14 de marzo da Dirección Xeral de Saúde Pública, que se publicou no DOG do 19 de abril), que supón a inclusión da vacina da varicela no dito calendario para os preadolescentes sans aos 12 anos de idade, aproveitando a consulta de vacinación fronte á hepatite B, sempre que os rapaces se consideren *susceptibles*; é dicir, que refiran que non padeceron a varicela e non estean previamente vacinados. Non é preciso, polo tanto, realizar un estudo de anticorpos anti-varicela para proceder á vacinación.

Aconséllase, ademais, vacinar todos os rapaces *susceptibles* entre 10 e 12 anos de idade (ambos inclusive) cando se acheguen aos servizos sanitarios por calquera motivo; e as persoas susceptibles con grande risco de padecer a enfermidade, como son:

- Mulleres en idade fértil (non embarazadas).
- Adultos mozos pais de nenos susceptibles e sen historia de contacto previo domiciliario cun caso de enfermidade.
- Profesionais sanitarios.
- Profesores, traballadores de garderías e outro persoal con exposición laboral.
- Contactos domiciliarios e outros contactos íntimos de persoas con risco elevado de varicela grave.
- Persoas que pola súa situación clínica teñen alto risco de varicela grave ou as súas complicacións.

Nun número anterior do BEG (vol. XVII, nº 4) pódese atopar máis información sobre a vacinación dos nenos sans fronte á varicela; e na web da DXSP, a circular relativa á introdución da vacina.

COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2004

Limiar. Dende un punto de vista mundial, o acontecemento epidemiolóxico máis relevante de 2004 foi, sen dúbida, a ampla difusión polo sur leste asiático da epizootia debida aos virus da gripe A(H5N1), que xa produciu numerosos casos en distintos países da zona e sitúa á humanidade, en verbas da OMS, máis preto dunha pandemia de gripe do que nunca estivo dende 1968, data da última pandemia¹. Como resposta a esta ameaza, a OMS propuxo, como acción inmediata, un sistema internacional de vixilancia, que en Galicia se adoptou a principios de 2004 e despois se combinou co da vixilancia da SRAS². Ademais, insto aos países a que desenvolvesen os seus propios plans de preparación e resposta á pandemia, especificados xa ao nivel máis local; e, en Galicia, estanse a dalos primeiros pasos nesta dirección³.

Xa en Galicia, durante 2004 continuou interrompida a transmisión autóctona do sarampelo, do que non se detectou ningún caso. Ademais, seguiu o continuo descenso da incidencia de tuberculose respiratoria, como se pode apreciar polo miúdo nun informe que acaba de publicar a DXSP⁴ e tamén, aínda que moito máis groseiramente, nos gráficos de límites históricos que se distribúen con cada número do BEG. Neles, cuadrisemana a cuadrisemana, na barra dedicada á tuberculose apréciase sempre un descenso estatisticamente significativo do número de casos en relación aos do mesmo período do quinquenio precedente.

Polo demais, as táboas 1 e 2 mostran a incidencia notificada durante 2004 das diferentes enfermidades de declaración obrigatoria, no conxunto de Galicia e nas distintas áreas sanitarias, respectivamente. Estes datos déronse por consolidados o 1 de abril de 2005. Ademais, de contado coméntase o máis salientable do comportamento das enfermidades vixiadas durante 2004, mais antes analízase a participación na declaración durante ese ano.

Participación na declaración. A calidade da notificación efectuada polos declarantes (2.097 en 2004), estúdase con dous indicadores: a *participación global* (que é a porcentaxe que supón o número de boletíns de notificación semanal recibidos do total de boletíns que poderían ser recibidos; en 2004, 2.097 por 52 semanas, 109.044), e a *adecuación da participación*, que divide aos declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca, quen só declarou de 1 a 10 semanas, quen o fixo entre 11 e 41 semanas e quen declarou máis de 41.

No ano 2004, a participación global baixou ao 50%, e retrocedeu ata os niveis de 1996⁵. Con respecto a 2003, a diminución produciuse en todas as áreas sanitarias das provincias de Pontevedra e A Coruña, resultando especialmente preocupante o nivel tan baixo (18%) acadado nas áreas de Vigo e O Salnés. Pola contra, a participación medrou en todas as áreas das provincias de Lugo e Ourense.

Dende o punto de vista da adecuación da participación, a nova máis negativa é que a porcentaxe dos que non declararon en ningunha semana chegou ao 43%, confirmándose que o descenso da participación débese máis ao aumento dos que non teñen ningún contacto co sistema e non aos que, aínda que declarando poucas, teñen declarado algunha semana. Pola contra, mantense a porcentaxe dos que declaran axeitadamente (42%).

COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO

Como quedou dito, aquí so se tratará o máis salientable do ocorrido durante 2004, non sendo da enfermidade invasiva por Hib, da que xa se informou no último número do BEG³, e da enfermidade meningocócica, que está previsto tratala nun dos números vindeiros.

Gripe. Nas dúas últimas tempadas, a 2003/04 e 2004/05 a incidencia de gripe foi entre moderada e baixa, como vén sendo habitual nas tempadas deste século XXI. Nelas predominaron os virus A(H3N2), que son o resultado da deriva dos virus que orixinaron a última pandemia, en 1968.

Tose ferina. Observouse un aumento na declaración de casos illados de tose ferina, que se circunscribe á área de saúde de Vigo. Estes casos tiñan, todos eles, poucos meses de vida, polo que o aumento non se pode atribuír a que se diagnostican máis casos en mozos e adultos, como está a ocorrer noutros países⁶.

Lexionelose. O índice epidémico acumulado é elevado en Galicia, e dá a impresión de que a incidencia en 2004 tamén foi relativamente elevada; pero, como se comentou nun BEG anterior, o valor elevado do índice débese a que se constrúe coa experiencia dos cinco anos previos, cando –nalgunhs deses anos, aínda– non estaba xeneralizada como proba diagnóstica a detección do antixeno en ouriños⁷.

Febre tifoidea. En 2004 principiou en Galicia a vixilancia ampliada da febre tifoidea, que ten por obxectivo determinar se os casos son importados ou autóctonos, e se estes teñen antecedentes de exposición aos mecanismos de transmisión tradicionais⁸. Dos 17 casos detectados en 2004 estudáronse 14, dos cales 2 eran importados, 1 dudoso e os 11 restantes autóctonos. Destes últimos, só o 17% carecían dos antecedentes de interese, mentres 67% os tiñan de consumo de moluscos crús, que foi o antecedente con maior presenza dos estudados.

Táboa 1: E.D.O. en Galicia, 2004

EDO	CASOS	TAXA (1)	IEAC (2)
Gripe	66.556	2.419'00	0'48
Tuberculose respiratoria	623	22'65	0'60
Meninxite tuberculosa	6	0'22	0'50
Meninxites víricas	311	11'31	0'99
Enf. Meningocócica	89	3'24	0'91
Enf. Invasiva por Hib	14	0'51	2'00
Varicela	12.942	470'00	1'18
Sarampelo	0	0'00	(nc)
Rubéola	4	0'15	0'18
Parotidite	124	4'51	0'81
Tose ferina	21	0'76	2'63
Toxi-infeccións alimentarias	787	28'61	0'77
Febre tifoidea e febre paratifoidea	21	0'76	0'78
Hepatite A	23	0'84	1'28
Hepatite B	36	1'31	0'52
Outras hepatites víricas	148	5'38	0'46
Brucelose	6	0'22	0'43
Sífilis	65	2'36	1'27
Gonococia	118	4'29	0'75
Lexionelose	63	2'29	1'31
Disentería bacilar	3	0'11	0'60
Tétano	3	0'11	0'60
F. botonosa (ou, FEM)	13	0'47	2'17
Paludismo (3)	15	0'55	1'50
Lepra	1	0'04	1'00
Sífilis conxénita	1	0'04	(nc)

(1) Casos por cen mil habitantes. (2) Índice Epidémico Acumulado.

(3) Todos os casos son importados. (nc) non calculable.

Febre exantemática mediterránea (FEM). Dos 13 casos notificados en 2004, 9 residían no suroeste da provincia de Ourense e con eles vaise afianzando a impresión de que é nesta zona, especialmente na Terra de Celanova, na que se atopa o máis importante foco de exposición de Galicia.

Lepra. De 1995 a 2004 notificáronse 12 casos de lepra, dos que 5 seguen en vixilancia (que dura 2 anos para as formas paucibacilares e 5 para as multibacilares). Os últimos catro casos ocorreron en persoas inmigrantes, polo que se toman como casos importados. Todos os casos anteriores eran residentes en Galicia e de idade avanzada.

Sífilis conxénita. En 2004 notificouse un novo caso de sífilis conxénita, e xa son 2 no último trienio. Aínda que polo de agora non se trata de cifras epidemioloxicamente significativas, poden estar a indicar o retorno dunha enfermidade que ía cara a súa eliminación de Galicia: o caso anterior é de 1997.

Abrochos. Dos abrochos ocorridos en 2004 cómpre salientar o debido a *Vibrio parahaemolyticus* O3:K6⁹, e outro debido a *S typhimurium* que ocorreu nunha maternidade e non se puido determinar a súa orixe. Destaca tamén a progresión dos Norovirus, que son o axente principal dos abrochos que non teñen orixe alimentaria. Nun vindeiro número do BEG estudarase a evolución dos abrochos de 2000 a 2004.

¹ WHO. Influenza pandemic preparedness and response 2005.

² DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 4.

³ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 6.

⁴ O informe atópase en <http://dxsp.sergas.es>.

⁵ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. X, nº 1.

⁶ Hewlett. *N Engl J Med* 2005; 352: 1215-22.

⁷ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 1.

⁸ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVI, nº 5.

⁹ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 5.

TÁBOA 2. ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA. INFORMACIÓN DEFINITIVA DO ANO 2004, POR ÁREAS SANITARIAS

ÁREAS SANITARIAS	FERROL	CORUNIA(A)	SANTIGO	PONTEVEDRA	VIGO	ORENSE	MONFORTE	LUGO	CERVO	BARCO (O)	SALÉS (O)	TOTAL GALICIA												
Popoación:	217.641	498.604	464.024	217.381	520.611	310.727	62.360	244.885	74.449	401.510	67.432	2.718.244												
EDO	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.	ACUM. CASOS	IE.A.C.										
GRPE	3.727	0,51	7.500	0,35	8.957	0,42	8.946	0,51	5.492	0,31	15.804	0,67	14.28	0,42	9.882	0,71	2.890	0,62	1.304	0,35	626	0,39	66.596	0,48
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	50	0,60	130	0,56	6	0,03	73	0,97	207	0,99	56	0,37	11	0,55	40	0,61	22	1,22	5	0,38	23	0,88	623	0,60
MENINGITE TUBERCULOSEA	0	—	3	1,50	1	1,00	0	—	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,67	0	—	0	—	0	—	6	0,50
MENINGITES VIRICAS	13	1,44	53	0,98	40	1,21	15	2,14	142	0,81	32	1,45	1	0,50	2	0,50	13	1,08	0	—	0	0,00	311	0,99
ENE. MENINGOCÓCCICA	0	0,00	28	1,27	21	1,00	8	1,14	19	0,79	4	1,00	2	0,67	6	0,75	0	0,00	0	—	1	0,20	89	0,91
ENE. INVASIVA POR-HIB	1	—	0	—	1	—	3	—	3	1,50	1	—	0	—	5	1,67	0	0,00	0	—	0	—	14	2,00
VARICELA	758	1,18	2.518	1,16	1.363	0,73	1.461	1,32	2.342	1,40	1.741	1,35	321	1,34	1.819	1,61	263	0,93	218	1,74	138	1,42	12.942	1,18
SARAMELO	0	—	0	0,00	—	—	0	—	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RUECCLA	0	0,00	2	0,33	2	2,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	4	0,18
PAROTIDITE	4	0,50	56	1,02	8	0,33	7	1,17	20	1,00	10	0,56	2	0,67	11	1,38	4	1,00	2	1,00	0	—	124	0,81
TOSE FERVA	1	—	3	3,00	0	—	0	—	11	1,83	4	—	0	0,00	0	—	1	—	0	—	1	—	21	2,63
TOMIREFECÓNS ALIMENTARIAS	10	0,34	22	0,29	53	0,61	201	2,72	190	0,81	72	0,55	12	0,44	131	0,98	77	0,97	4	1,33	15	1,50	787	0,77
F. FEOIDEA E PARATIFOIDA	1	1,00	1	—	1	0,33	5	5,00	6	1,00	0	0,00	0	—	0	0,00	0	—	0	0,00	7	1,75	21	0,78
HEPATITE A	1	1,00	8	4,00	2	2,00	1	0,33	5	1,00	1	0,50	0	—	2	2,00	2	—	1	—	0	—	23	1,28
HEPATITE B	0	0,00	2	0,25	12	0,80	3	0,23	13	0,76	3	0,50	0	—	1	0,33	0	0,00	1	0,20	1	0,50	36	0,52
HEPATITES VIRICAS, OUTRAS	3	0,43	65	0,82	21	0,60	8	0,18	28	0,57	15	0,50	3	—	1	0,50	1	—	2	0,50	1	0,20	148	0,46
BRUCELOSE	0	—	1	1,00	1	0,33	0	—	0	—	3	0,60	0	—	0	0,00	0	—	0	—	1	—	6	0,43
SIFILIS	4	2,00	7	0,78	2	0,33	13	2,60	16	1,33	18	1,80	2	—	1	—	1	—	0	—	1	—	65	1,27
INFECC. GONOCÓCCICA	15	0,88	2	0,08	33	0,80	8	0,25	22	0,73	26	1,04	2	2,00	5	0,63	1	1,00	3	1,00	1	0,50	118	0,75
LEONTOLOSE	3	0,60	20	2,50	7	7,00	0	0,00	18	1,50	5	2,50	3	—	4	2,00	1	—	0	—	2	—	63	1,31
DIENTERIA BAQILAR	0	—	0	0,00	1	—	0	—	0	0,00	0	—	0	—	2	—	0	—	0	—	0	—	3	0,60
BOTULISMO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TÉTANO	0	—	0	0,00	2	2,00	0	—	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	3	0,60
RUECCLA COMENITAL	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TÉTANO NEONATAL	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SIFILIS COMENITAL	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—
F. EXANTEMÁTICA	0	—	1	—	1	—	0	—	2	0,50	9	1,80	0	—	0	—	0	—	0	0,00	0	—	13	2,17
TRIQUINOSE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PALUDISMO	0	—	3	1,50	0	0,00	4	2,00	6	0,86	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	15	1,50
COLERA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
FEBRE AMARELA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PESTE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TIFO EXANTEMÁTICO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
DIFTERIA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
LEPRA	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	1,00
POLIOMIELITE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RABIA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
Participación:	40%	37%	34%	45%	18%	90%	94%	94%	95%	89%	18%	50%												

COBERTURA VACINAL EN GALICIA: NENOS NADOS EN 2000 E 2001

Entre o 13 de outubro e o 23 de decembro de 2004, realizouse o traballo de campo da 4ª enquisa de cobertura vacinal de Galicia. Desta volta, a poboación de referencia eran os nenos nados durante 2000 e 2001, e o calendario de referencia o que se amosa no cadro 1.

Para realizar a enquisa seleccionouse unha mostra dos nenos nados nos devanditos anos e, mediante entrevista presencial, recolleuse a información sobre os antecedentes de vacinación que constaban na cartilla de saúde infantil do neno, ou noutro documento semellante. Se ao neno lle faltaba algunha vacina, ou non se tiña ningún documento que recolllese os antecedentes de vacinación, aos seus pais ou tutores preguntábaselles por estes antecedentes e dábaselles a recomendación de que visitasen o pediatra.

A selección da mostra. A poboación obxecto da investigación está constituída polos nenos residentes en Galicia e nados nos anos 2000 e 2001, e o ámbito xeográfico estratificouse atendendo a dous criterios:

1. Tipo de ámbito, urbano ou rural, definido por clasificación dos concellos. No ámbito urbano integráronse os 7 concellos máis grandes de Galicia e aqueles que teñen un importante peso de poboación urbana na súa calidade de periféricos, residenciais ou dormitorio de grandes cidades. En conxunto son 25 concellos. Os restantes constitúen o ámbito rural.
2. Os sete sectores de Atención Primaria.

O tamaño da mostra determinouse supoñendo unha mostraxe aleatoria simple para un erro de $\pm 2\%$ e unha prevalencia do 88% para a cobertura vacinal documentada do calendario completo, segundo datos do segundo estudo de cobertura¹¹. O número de nenos nados nos anos 2000 e 2001 residentes en Galicia estimouse en 39.995. O tamaño de mostra obtido aumentouse para compensar o 10% de perdas esperadas e para correxir o efecto de deseño, que se asumiu igual a 1'5. A afixación entre os estratos (reparto da mostra) foi proporcional ao seu tamaño.

O tipo de mostraxe foi diferente en cada un dos ámbitos considerados dadas as diferentes características dos mesmos. Nos estratos da zona urbana realizouse unha mostraxe aleatoria simple, sobre a base de datos do Programa Galego de Detección Precoz de Enfermidades Endócrinas e Metabólicas (PGDPEM). Nos estratos da zona rural efectuouse unha mostraxe bietápica de comarcas, definidas estas como agrupacións de concellos próximos e con boa comunicación por carretera. Na primeira etapa seleccionouse, aleatoriamente, unha comarca por estrato, agás en Santiago, onde se seleccionaron dúas; na segunda etapa seleccionouse unha mostra aleatoria de nenos de cada comarca seleccionada, en número proporcional ao tamaño daquelas, e sobre a mesma base de datos do PGDPEM.

Cadro 1: Calendario vacinal recomendado para os nados en 2000 e 2001 antes que cumprisen os 6 anos de idade.

Idade (meses) →	0	2	4	6	15	18	36-48
Hepatite B							
Poliomielite							
Triple vírica							
DTP							
Hib							
Meningococo C							

Resultados. Os resultados da enquisa, expresados para Galicia no seu conxunto –sen especificar as zonas rural e urbana porque teñen valores semellantes– e referidos exclusivamente ás coberturas documentadas (que contan só cos datos anotados no documento de referencia), resúmese na táboa divididos en dous bloques, un dedicado á “serie completa” (que fai referencia a que se teñen todas as doses de vacina recomendadas no calendario de vacinacións infantís) e o outro á “primovacinação” (que fai referencia ao conxunto de doses de vacina necesarias para que nos vacinados se acade unha taxa de seroconversión suficiente para garantir a súa protección, e que se distingue das outras doses da serie que forman a va-

cinación completa que son consideradas como de “recordo”). A primovacinação coas vacinas da poliomielite, DTP e Hib acádase con tres doses, e coa triple vírica con unha; mentres a serie completa estudada fórmase con catro e dúas doses, respectivamente. No caso da hepatite B e o meningococo do serogrupo C, serie completa e primovacinação coinciden.

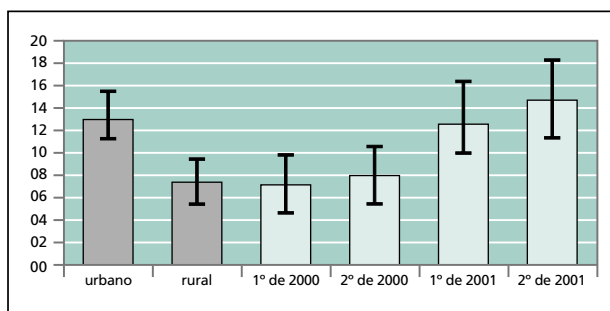
Táboa 1: Coberturas documentadas nos nados en 2000 e 2001

	Serie completa			Primovacinação		
	%	IC (95%)		%	IC (95%)	
Hepatite B	98'69	98'13	99'24	98'69	98'13	99'24
Poliomielite	98'72	98'17	99'26	99'80	99'58	100'0
DTP/DT ¹	98'64	98'08	99'21	99'80	99'58	100'0
Triple vírica ²	97'17	96'35	97'99	99,60	99'29	99'92
Hib	97'99	97'30	98'67	99'55	99'22	99'88
Meningococo C	96'35	95'42	97'29	96'35	95'42	97'29
TODAS ³	90'50	89'06	91'93	94'66	93'56	95'77

(1) Os que recibiron DTP ou DT; (2) Vacinación correcta: 1 dose nos nados en 2001 e 2 nos nados en 2000; (3) Elaborado coas coberturas de DTP/DT.

Vacinación antipneumocócica. Aínda que non está incluída no calendario de vacinacións infantís de Galicia, dende 2001 está dispoñible nas farmacias a vacina anti-pneumocócica heptavalente conxugada², e os nados en 2000 e 2001 puideron acceder a ela con diferentes idades, segundo as cales recoméndase un número de doses diferente. Na figura móstrase a evolución da cobertura (primovacinação) en función do semestre do ano no que naceu o neno, e tamén móstrase a diferenza observada entre o entorno rural e urbano, onde a cobertura é un 5'6 % superior (IC_{95%}: 2'6-8'5%).

Figura: cobertura coa vacina anti-pneumocócica conxugada, por entorno e semestre de nacemento dos nenos



Comentario. As coberturas vacinais atópanse na liña das observadas nos estudos anteriores^{1,3,4}, con valores moi elevados para cada unha das vacinas individuais –mesmo para a vacina conxugada do meningococo do serogrupo C, que foi engadida ao calendario de vacinación no ano 2000⁵– tanto en primovacinação como en serie completa. Pola súa banda, ao ser a poboación de nenos de referencia a que é, os valores de cobertura coa vacina antipneumocócica observados na enquisa probablemente sexan moi inferiores do que chegarán a ser en nenos nados en anos posteriores.

Polo demais, ao considerar o calendario, no contorno do 95% dos nenos teñen documentada a primovacinação completa; e no do 90%, a serie completa de todas as vacinas. Estes valores indican un moi bo funcionamento do programa de vacinacións, empezando polos seus executores materiais.

¹ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XIII nº 5.

² DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XVI, nº 2.

³ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XI, nº 4.

⁴ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XVI, nº 1.

⁵ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. nº XII, nº 6.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLOXÍA
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA
981 185 834

LUGO
982 294 114

OURENSE
988 386 339

PONTEVEDRA
986 805 872

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
Fóra do horario de oficina

649 82 90 90

SAEG

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA

Servizo de Información sobre Saúde Pública

Tel.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública